



· 论著 ·

紧密型县域医共体下人头总额预付与 DRG 付费协同机制研究：基于整体性治理视角

张梓洵¹, 尹刚², 边颖¹, 陶红兵^{1, 3*}

1.430030 湖北省武汉市, 华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院

2.314001 浙江省嘉兴市, 嘉兴大学医学院

3.430030 湖北省武汉市, 华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心

* 通信作者: 陶红兵, 教授/博士生导师; E-mail: hhbtao@hust.edu.cn

【摘要】 **背景** 我国各地积极推进紧密型医共体医保总额预付支付方式改革, 但医共体内部疾病诊断相关分组 (DRG) / 病种分值付费 (DIP) 支付和总额付费政策融合仍处于探索阶段, 虽已有研究从复合型医保支付方式的控费效果与控费机制进行研究, 但仍有可拓展之处。**目的** 了解紧密型医共体下人头总额预付与 DRG 支付政策的协同机制与成效。**方法** 于 2023 年 7 月, 赴殷都区开展实地调研, 采用便利抽样法抽取紧密型医共体内关键知情人进行半结构化访谈 ($n=28$), 访谈提纲涉及医保支付改革政策与措施、激励机制、工作感知及优化建议等。根据整体性治理理论, 采用主题框架分析法对访谈资料进行分析, 以搭建殷都区紧密型医共体人头总额预付和 DRG 付费的协同机制框架。同时检索 2017 年 1 月—2024 年 7 月发布的与殷都区医共体建设和医保改革等密切相关的政策文件 ($n=18$), 以补充相关政策背景信息。**结果** 形成以政策行为、监督行为、服务行为、激励机制 4 个分析主题, 覆盖 12 个子主题的主题框架。医保支付改革在紧密型医共体治理框架中起关键引导作用, 人头总额预付与 DRG 付费存在先后的依从关系。医共体内人头总额预付与 DRG 付费的协同机制是通过互相补充、完善政策行为、监督行为和对服务行为的激励机制实现的, 对于在紧密型医共体中实现资源整合和“以健康为中心”的目标, 二者均不可或缺。**结论** 在紧密型医共体内, 同时推进人头总额预付与 DRG 付费方式改革通过构建整合机制和激励机制, 能够发挥政策合力, 影响政策行为、监督行为以及各级医疗机构的服务行为, 共同推动实现“以健康为中心”的服务目标。

【关键词】 紧密型县域医共体; 人头总额预付; DRG 付费; 整体性治理; 医保支付方式

【中图分类号】 R 197 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0535

The Synergistic Mechanism of Capitation Prepayment and DRG Payment in Compact County-level Medical Consortium: from the Perspective of Holistic Governance

ZHANG Zixun¹, YIN Gang², BIAN Ying¹, TAO Hongbing^{1, 3*}

1.School of Medicine and Health Management, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, 430030 Wuhan, China

2.Jiaxing University College of Medicine, Jiaxing 314001, China

3.Research Center of Hospital Management and Development, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, 430030 Wuhan, China

*Corresponding author: TAO Hongbing, Professor/Doctoral supervisor; E-mail: hhbtao@hust.edu.cn

【Abstract】 **Background** All regions in China are actively promoting the reform of the prepaid payment method for the total amount of medical insurance in the context of the integrated medical community. However, the integration of DRG/DIP payment and the total amount payment policy within the integrated medical community is still in the exploratory stage. Although there have been studies on the cost control effect and cost control mechanism of the composite medical insurance

基金项目: 国家自然科学基金资助项目 (72074093)

引用本文: 张梓洵, 尹刚, 边颖, 等. 紧密型县域医共体下人头总额预付与 DRG 付费协同机制研究: 基于整体性治理视角 [J]. 中国全科医学, 2025. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0535. [Epub ahead of print] [www.chinagp.net]

ZHANG Z X, YIN G, BIAN Y, et al. The synergistic mechanism of capitation prepayment and DRG payment in compact county-level medical consortium: from the perspective of holistic governance [J]. Chinese General Practice, 2025. [Epub ahead of print]

©Editorial Office of Chinese General Practice. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

payment method, there is still room for expansion. **Objective** To analyze the synergistic mechanism and effects of capitation prepayment and DRG payment in the compact county-level medical consortium. **Methods** In July 2023, a field survey was conducted in Yindu District. The convenience sampling method was used to select key informants within the integrated medical community for semi-structured interviews ($n=28$). The interview outline covered medical insurance payment reform policies and measures, incentive mechanisms, work perceptions and optimization suggestions, etc. Based on the holistic governance theory, the thematic framework analysis method was used to analyze the interview data to build a coordination mechanism framework for the prepaid payment for the total number of people and the DRG payment in the integrated medical community in Yindu District. Meanwhile, policy documents closely related to the construction of the integrated medical community and medical insurance reform in Yindu District published from January 2017 to July 2024 were retrieved ($n=18$) to supplement relevant policy background information. **Results** A thematic framework with 4 analytical themes, namely policy behavior, supervision behavior, service behavior and incentive mechanism, covering 12 sub-themes was formed. The medical insurance payment reform plays a key guiding role in the governance framework of the integrated medical community. There is a sequential compliance relationship between the prepaid payment for the total number of people and the DRG payment. The coordination mechanism between the prepaid payment for the total number of people and the DRG payment within the integrated medical community is achieved through mutual supplementation, improvement of policy behavior, supervision behavior and the incentive mechanism for service behavior. Both are indispensable for realizing resource integration and the goal of "health-centered" in the integrated medical community. **Conclusion** In a Compact medical community, capitation prepayment and DRG payment systems, by establishing integration mechanisms and incentive structures, can synergize policy efforts, influence policy implementation behaviors, oversight activities, and the service delivery practices of healthcare institutions at all levels. Together, these factors contribute to the achievement of a "health-centered" goal.

【Key words】 Compact county-level medical consortium; Capitation prepayment; DRG payment; Holistic governance; Payment method of medical insurance

为解决医疗服务“碎片化”问题,进一步构建整合型医疗卫生服务体系,我国近年来全面推进紧密型县域医共体建设^[1]。2021年国家医疗保障局发布《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》,要求疾病诊断相关分组(DRG)/病种分值付费(DIP)政策与紧密型医疗联合体“打包”付费协同推进,并提出在2024年度在全国统筹地区开展DRG/DIP改革^[2]。2023年国家卫生健康委发布《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》,要求继续对紧密型县域医共体实行医保基金总额付费,并“完善结余留用制度”^[3]。在相关政策引导下,我国各地积极推进紧密型医共体医保总额预付支付方式改革实践,探索总额预付和医共体内部机构分成机制^[4]。总的来说,医保支付政策改革的趋势是由单一支付方式向复合型支付方式转变^[5]。但是我国医共体建设仍任重道远,各级医疗卫生机构之间医疗资源不能够有效整合^[6]。并且由于DRG/DIP的推行,存在部分医共体以此作为延缓推行医共体总额打包付费“借口”的现象。但是国内外不乏实证研究证明,支付方式改革能够成为医共体内部合理分工、效率提高的有力杠杆,总额预付不仅能够促进医疗卫生服务的整合、减少医疗资源浪费,还能够保证和提高医疗质量^[7-8],其潜在的资金结余是引导和激励供方规范自身行为、提

高服务质量的重要前提和基础^[9]。目前,国内医共体内部DIP/DRG支付和总额付费政策融合仍处于探索阶段。有研究发现某案例地区结合总额预付制和DRG付费后,医保基金运行平稳,医疗行为更为合理^[10]。还有学者进一步探索,发现总额预付和DRG付费能够通过激励和规范医务人员行为,进而实现医保控费^[11]。目前已有研究从复合型医保支付方式的控费效果与控费机制进行研究,但仍有可拓展之处。

殷都区隶属于河南省安阳市,2017年初被列为安阳市医共体建设试点,开始逐步探索符合当地情况的医共体建设道路,于2019年入选国家紧密型县域医共体建设试点县,是河南省县域医共体改革的“先行军”。殷都区紧密型医共体成立全区唯一一家医疗健康服务集团,医疗健康服务集团独立于医疗机构,由安阳县人民医院牵头,与安阳县第三人民医院及11个乡镇卫生院共同组建。殷都区医疗健康服务集团内设医共体理事会,制定医共体成员单位绩效分配、收入分配等规章,并负责紧密型医共体内部的资源调配以及监管成员单位。殷都区紧密型医共体围绕总额预付和DRG付费不断调整相关政策与机制,顺应医保政策要求的同时,将总额预付和DRG付费的效用进一步发挥。殷都区医疗健康服务集团在内部全面开展总额预算,采用“结余留用,超支不补”原则开展DRG付费,并逐步将DRG付费推广至一级医疗机构,实现了全面的住院费用DRG支付。发展至今,殷都区紧密型医共体医保资金由入不敷出到呈现出增长的趋势,基层医疗卫生机构住院次均费用呈

下降趋势，职工“住院难”问题得到了解决，体现出其相关制度设计的有效性。本研究选择殷都区医共体为研究案例，具体分析人头总额预付和 DRG 付费的协同机制，厘清二者内在逻辑，对于经济发展水平相对不高地区的医共体建设具有一定的参考性和可借鉴性。

1 对象与方法

课题组于 2023 年 7 月赴殷都区开展实地调研，了解殷都区紧密型医共体的实际开展成效，收集相关定性资料。定性资料包括关键知情人访谈资料和殷都区建立以来的政策文件。关键知情人访谈资料用以分析并搭建殷都区紧密型医共体人头总额预付和 DRG 付费的协同机制框架，政策文件用以补充殷都区医共体相关政策背景信息。

1.1 关键知情人访谈

本研究通过半结构化访谈的方式收集资料，半结构化访谈常用于定性研究，被广泛用于获取健康服务研究所需的定性数据^[12]。研究对象通过便利抽样法选取，纳入标准为在殷都区医共体内从事医共体管理或医疗卫生服务相关工作满 1 年且自愿参与本研究。根据理论饱和原则确定样本量，最终访谈 28 名医务人员，包括家庭医生团队队长 9 名、家庭医生 5 名、护理人员 6 名、县级医院临床医师 3 名、医共体管理者 5 名。

访谈采用线下“面对面”访谈的方式，由事先经过培训的调查员按照访谈提纲进行引导提问，在征得调查对象同意后对访谈全程录音，每人访谈时长为 30~50 min。访谈提纲在文献回顾的基础上初步拟定，后征询基层卫生政策领域专家意见确定（表 1）。访谈结束后，及时根据访谈录音并结合书面记录整理访谈资料，反复听录音，逐句核实，避免访谈内容的偏差和遗漏。

1.2 文献研究

本研究政策文件来源于现场收集和线上检索。现场收集的政策文件为网络平台无法完整获取的文件；线上检索主要网站为河南省、安阳市和殷都区的人民政府、卫生健康委等相关部委网站，以及北大法宝数据库，以“医疗卫生共同体”“人头总额预付”“医保支付改革”“DRG”等为关键词。由于殷都区 2017 年被安阳市卫生健康委确定为医共体试点，故检索时间为 2017 年 1 月—2024 年 7 月，筛选内容与殷都区医共体建设和医保改革等密切相关且有明确发文日期和发文字号的意见、通知、战略规划等文件，排除已失效、内容重复或缺乏实质性内容的文件。最终纳入研究的文件为 18 份。主要包括《关于印发殷都区紧密型医疗服务共同体建设实施方案的通知》《殷都区医疗健康服务集团成员单位考核管理办法（试行）》《殷都区医共体医保基按人头预算总额付费考核评分细则（试行）》等。

1.3 资料分析方法

本研究采用主题框架分析法（thematic framework analysis）对访谈资料进行分析。主题框架分析法是一种经典的定性资料分析方法，通过资料整理和分析，搭建出层次化的主题框架，是较为成熟的定性资料分析方法^[13]。整理过程中，访谈对象身份用“职务+数字”的方式排序，如家庭医生团队队长、家庭医生、护理、县级医院临床医师、医共体管理者第一位访谈对象分别编码为 D1、Y1、H1、X1、L1。访谈资料初步整理后，反复阅读、理解文本内容，根据文本资料中蕴含相关信息的陈述和本研究的目的，对访谈文本资料进行分类汇总，结合整体性治理理论，制定出一个包含分析主题和分主题的主题框架^[14]。本研究全程使用 Nvivo 12 软件进行

表 1 殷都区医共体建设与医保支付改革现状访谈要点

Table 1 Interview points on the construction of the medical community and the current situation of medical insurance payment reform in Yindu District

访谈对象	访谈要点
医共体管理者	1. 殷都区医共体建设的基本情况、主要政策内容、特色做法 2. 医保支付改革（人头总额预付、DRG 付费）的具体内容、结余分配 3. 殷都区医共体整合服务的基本情况 4. 未来优化医共体整合服务和医保支付方式改革的想法与建议
县级医院临床医师	1. 对医共体内整合服务的感知，参与整合服务的情况 2. 医共体对于县级医院医师参与整合服务的激励机制 3. 推行紧密型医共体和医保支付改革后，对您的工作产生了哪些影响（团队及个人日常工作、职业发展），具体表现在哪些方面 4. 未来优化医共体整合服务的建议
家庭医生团队队长及成员	1. 在家庭医生团队中的主要工作任务 2. 推行紧密型医共体和医保支付改革后，对家庭医生团队的签约服务产生了哪些影响（团队及个人日常工作、职业发展），具体表现在哪些方面 3. 绩效考核主要涉及哪些指标内容，绩效薪酬如何 4. 您认为医共体的整合服务现状如何，应当整合哪些服务（医防融合、健康管理等）

注：DRG= 疾病诊断相关分组。

资料的整理和分析。

整体性治理 (holistic governance) 旨在解决政府治理“碎片化”的问题,对于改进我国区域医疗机构纵向合作有重要的理论价值^[15]。整体性治理主张在问题发生之前预防,并且强调将“碎片化”的资源集中整合,以提高效率^[16],紧密型县域医共体整合县域医疗资源,治理理念是“以健康为中心”,呈现出整体性治理的基本特征。整体性治理理论认为政策、服务、监督行为是关键的治理行为,整合、激励机制是重要的治理机制。整合机制主要用于政策行为、服务行为和监督行为,三者互相推动,达成不同主体形成一个整体在更长周期更紧密的合作。希克斯强调了预算和筹资的重要激励机制,良好的激励能够是调节医共体内部医疗服务行为、提升服务效率的重要机制。本研究根据整体性治理理论,以整体性治理理论核心的政策行为、服务行为、监督行为和激励机制为4个分析主题,并逐步分析凝练出子主题,尝试分析殷都区紧密型医共体人头总额预付和DRG付费的协同作用机制,形成协同机制框架。

2 结果

2.1 访谈编码结果

结合资料呈现出的殷都区紧密型医共体医保支付的逻辑和机制,本研究在整体性治理理论内容的基础上确定4个分析主题,分别为政策行为、服务行为、监督行为、激励机制,并在此基础上确定了12个子主题,根据编码框架对访谈资料进行编码,编码结果见表2。

2.2 殷都区紧密型医共体人头总额预付与DRG付费的措施

2.2.1 政策行为。(1) 医保支付。殷都区医共体人头总额预付与DRG付费虽然是先后实行,但是其相关的政策相互辅助、相互促进。2020年殷都区紧密型医共体内部全面实施总额预算,安阳市人民政府与卫生健康委员会等部门将区域内城乡居民医保基金全部纳入总额预算,按当年基金总额扣除当年增量风险金和大病保险基金后剩余部分作为殷都区医共体的总预算,并将总预算转换成参保人头费用供医共体包干使用,用于承担区域居民当年门诊统筹、一般诊疗费和住院服务费用以及按规定支出的家庭医生签约服务、区外住院等费用。2021年安阳市开始将市内15家县二级公立定点医疗机构纳入DRG实际付费范围,其中包括殷都区两家县级医疗机构。2022年启动乡镇卫生院和一级医疗机构DRG实际付费。住院基金囊括在医共体总额拨付中,在医共体内使医疗机构形成博弈关系,年终医保经办机构对定点医疗机构按年初确定的DRG支付规则结合实际进行清算。医保部门按照人头总额付费的形式对殷都区医共体进行支付,该费用是受到殷都区地方医保基金实际情况、社会经济特征等支付规则以及单个人头的医保金额决定的,DRG付费将医疗控费、增效的目标具体落到各个医疗机构。

(2) 人事薪酬。殷都区医共体将成员单位的负责人班子薪酬与所负责单位的考核评分挂钩。考核分数达到80分,不仅该单位当年医保基金结余全额拨付,负

表2 殷都区紧密型县域医共体人头总额预付与DRG付费协同机制编码结果

Table 2 Coding results of the collaborative mechanism between DRG-based payment and global capitation prepayment in Yindu District compact medical community

主题	参考点数量(个)	子主题		访谈内容举例
		名称	参考点数量(个)	
政策行为	29	医保支付	7	我们在22年启动的乡镇卫生院和一级医疗机构DRG实际付费(L2)
		人事薪酬	13	目前是开始了院长年薪制的改革(Y5)
		药品集中采购	5	集采药品进乡村是我们的一个亮点(L3)
		信息化建设	4	建立了DRG智能审核系统(L5) 定期的预防筛查,和上级医院是由一个数据连接的(Y6)
服务行为	26	诊疗行为	6	其中一个工作职责是部分患者员的向上转诊(D3) 以医保付费为杠杆撬动双向转诊的标准化,比如患者在市里面看病多了,钱仍然从医共体预算中扣除(L4)
		疾病预防	12	从“以药养医”变成以服务为主,现在我们更多地从疾病防治入手(D3)
		连续服务	3	重点人群进行一些健康指导和用药指导(D8) 重点人群随访(D9)
		健康宣教	5	对健康人群进行健康宣教(D1)
监督行为	11	医保基金监管	4	成立医保基金第三方审核服务中心(L5) 对医共体的医保基金严格管理(L3)
		医疗行为监督	7	主要考察签约率,还有考察质量的指标(H5)
激励机制	16	DRG付费激励	7	DRG节省下来的钱分配给对应的医院(L4)
		人头总额预付激励	9	降低发病率,提高域内就诊率实现医保资金结余,结合考核情况,给予绩效奖励(Y1)

责人班子薪酬及奖补绩效全额发放；低于 80 分时，医保基金结余和薪酬、奖补、绩效均按一定比例扣除。医共体对于各个层级的医疗机构医务人员也设置了绩效薪酬，针对上级医院临床医生将绩效薪酬、晋升与下基层挂钩，对于基层医生来说，规范转诊、减少域外患者等行为也能获得绩效薪酬。

(3) 药品集中采购。殷都区推动集中采购与 DRG 改革协同发力，使用集采高值耗材返还节约基金的 50%，使用集采的药品耗材可以为治疗费用腾出空间，便于医生采用多样、合理的治疗手段。除此之外，市医保局在全市范围内开展“集采药品进乡村”行动，实行药品零差价销售，殷都区医共体现已实现集采药品全覆盖。

(4) 信息化建设。安阳市于 2021 年建立了医共体内部互联互通的信息系统，实现了电子健康档案和电子病历的连续记录、标准统一和信息共享，能够支持双向转诊的数据共享和基层预防筛查的数据查询。此外，建立了 DRG 智能审核系统，基于大数据挖掘和统计分析，通过知识库引擎审核结合人工审查，对医保基金使用行为进行智能化监管，确保行为的可追溯性。

2.2.2 服务行为。在医共体背景下，服务行为的主要承担者即为各层级的医疗机构，更具体来说主体为各级医疗机构的医务人员。根据访谈资料的整理、分析结果显示，殷都区医共体的服务行为包括：诊疗行为、疾病预防、健康宣教和连续服务。基层医务人员参与开展健康宣教、义诊体检，对检查结果异常的居民进行健康管控，从而预防疾病发生；针对已经确诊的患者，进行规范的转诊，合理利用医疗资源，并且对于下转的患者提供连续的健康服务，如定期随访和开具处方。

2.2.3 监督行为。殷都区医共体的监督行为主要的对象为医保基金和各级医疗机构的医疗行为。安阳市成立医保基金第三方审核服务中心，提供 DRG 付费审核、医保反欺诈监管等服务，服务基于在政策行为部分提及的智能监管系统。另外，还联动药店的实时监控，将住院前后 72 h 门诊费用及定点药店相关数据纳入监控范围，防止住院费用转嫁。除了监管行为，针对医共体、医疗机构、医务人员的三级考核机制也起到监督医疗行为的作用。针对医共体和医疗机构的考核指标体系包括医疗质量、运营效率、持续发展、满意度评价和社会效益，具体指标根据县、乡、村三级单位的特点具体制定。针对医务人员的考核指标主要包括签约率、规范转诊等。

2.2.4 激励机制。殷都区医共体的激励机制主要来自“结余留用”政策，具体分别为医共体医保总额包干结余，DRG 付费结余以及药品集采结余。其中药品集采的结余政策某种程度上可以视为医保支付方式改革的逻辑延伸^[17]。总额包干的结余部分经过逐级考核后，根

据考核结果分配到县乡村三级医疗机构。殷都区医疗健康服务集团对县、乡两级医疗机构进行考核，村级医疗机构的考核由乡级医疗机构落实，医共体整体考核分数达标，则可以获得全部结余资金，原则上按照县、乡、村 5 : 3 : 2 比例分配给各医疗机构，结余资金主要用于人员绩效和机构建设等。DRG “结余共享、超支分担”意为对单个病例结余部分按一定比例留用，对超支病例按比例进行适当补偿。值得一提的是，殷都区医共体在结余分配方面，充分考虑到 DRG 付费与总额预付的兼容：县域参保人员在市级医疗机构住院，因年度住院总权重减少（住院人次）使医保基金结余的，归医共体留用。因每权重统筹基金支付额度降低（次均费用）使医保基金结余的，归市级医疗机构共享，从而合理处理医共体总额包干的“结余留用”与 DRG 付费的“结余共享”政策。殷都区医共体的激励机制从本质上看，可以理解为通过将结余与医共体、医疗机构、医务人员个人的收入挂钩，一方面激励医务人员遵循临床路径，规范诊疗行为，另一方面促使基层医务人员以预防为抓手，减少居民疾病的发生，从而控制医保资金的支出，形成“良性循环”。

2.3 殷都区紧密型医共体的运行成效

殷都区医共体自建立以来，在人头总额预付、DRG 付费以及相关政策行为的协同作用下成效明显。基层医疗卫生机构转诊人次逐年增加，家庭医生签约服务覆盖率逐步提升，基层住院费用降低，医共体医保总额打包资金结余增加（表 3）。综合而言，人头总额预付和 DRG 付费在殷都区医共体的开展和协同推进一定程度上推动了医保控费的加强，促进了基层医疗服务的进一步规范和居民医疗负担的进一步降低。

表 3 2019—2021 年殷都区紧密型医共体部分考核指标数据变化
Table 3 Changes in selected evaluation indicators of healthcare community in Yindu District compact medical consortium (2019–2021)

年份	基层医疗卫生机构向牵头医院转诊人次 (次)	家庭医生签约服务覆盖率 (%)	基层医疗卫生机构住院次均费用 (元)	医共体医保总额打包资金结余总额 (万元)
2019 年	334	89.81	33 255.65	1 780.58
2020 年	1 051	91.63	32 461.77	2 757.40
2021 年	1 234	94.66	32 120.01	—

注：—表示未统计到 2021 年殷都区医共体医保总额打包资金结余总额数据。

2.4 殷都区医共体人头总额预付与 DRG 付费协同机制分析

紧密型医共体建设存在着双重目标，既要“管健康”，又要“管费用”^[18]，因而需要建构整合型的医疗服务体系，控制不合理的医疗支出，并引导医疗服务逐步从“以疾病为中心”到“以健康为中心”转变。医保作为

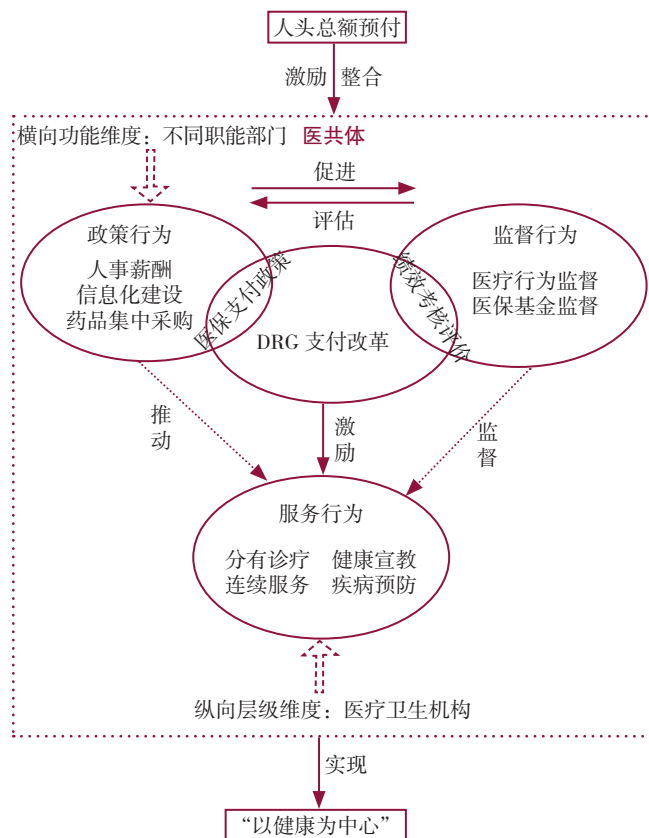
购买医疗卫生服务的最主要资金来源,其相关的制度设计是影响医共体改革的关键^[19]。总额预付制是支付方实现控制医疗费用目标的重要工具,有助于促使供方在预算约束下,尽可能控制医疗服务成本,获得最大结余收益。在医保基金人头总额预付的医共体下开展 DRG 改革,目的在于对医共体的导向具体落实到住院病种控费和居民健康管理两个方面。在总量控制的基础上,医共体内各医疗机构在 DRG 付费的引导下,以病种为单位开展精细化诊疗和管理,在“结余留用”的激励下,以居民健康为中心开展服务,使居民尽量“少住院、不住院”。

根据整体性治理理论并结合前述的分析结果可得出,医保支付改革在殷都区医共体治理框架中起着关键引导作用。从殷都区医共体的构建过程来看,人头总额预付与 DRG 付费存在先后的依从关系。殷都区医共体建立后,通过人头总额预付整合政策行为、服务行为、监督行为,通过“结余留用”政策形成激励机制,激励医共体成员单位和医务人员规范服务行为和转变服务理念。从整合机制的内部作用来说,人事薪酬、信息化建设等政策行为对监督行为起到促进作用,并对服务行为的转变起到推动作用;医保基金监管和医疗行为监督对政策行为的开展起到评估作用,并监管服务行为的具体开展。为弥补单一人头总额预付的弊端,殷都区医共体通过完善基于 DRG 的绩效考核体系丰富了监督行为,通过“结余共享”政策进一步完善对健康服务行为的激励机制。医共体内人头总额预付与 DRG 付费的协同机制是通过互相补充、完善政策行为、监督行为和对服务行为的激励机制实现的,对于在紧密型医共体中实现资源整合和“以健康为中心”的目标,二者均不可或缺。基于对殷都区医共体人头总额预付和 DRG 协同作用的分析,绘制协同机制图(图 1)。

3 讨论

3.1 本研究结果分析

本研究基于整体性治理理论,选取殷都区医共体作为案例,采用主题框架分析法对访谈资料进行整理分析,分析了在紧密型医共体内人头总额预付与 DRG 付费的协同机制。研究结果表明:第一,人头总额预付与 DRG 付费协同发展的情况下,能够发挥政策合力,促进实现“以健康为中心”的目标;第二,人头总额预付与 DRG 付费的协同作用的发挥最终落实到医疗机构和医务人员的医疗服务行为;第三,二者具体的协同效果会受到医共体运营模式、医共体结构、医务人员感知等因素的影响,具体的作用机制会因之改变。需要强调的是,殷都区医共体人头总额预付与 DRG 付费良好协同是与良好的基础条件相辅相成、互相促进的。较高的信



注: DRG= 疾病诊断相关分组。

图 1 整体性治理理论下紧密型医共体内 DRG 付费与人头总额预付协同机制框架

Figure 1 The framework of the collaborative mechanism between DRG-based payment and global capitation prepayment within compact medical community under the theory of holistic governance

息化水平是有效保证医保基金合理使用的基础,家庭医生基础疾病的诊断和治疗能力是促使居民留在县域治疗的关键。

我国多地已开始探索多元复合型医保支付方式改革,总体来看,各地紧密型医共体医保支付从后付制改为预付制,从机构总额控制转向区域总额控制,由于目前并未出台统一的政策文件,各个医共体内的医保支付方式改革往往因地制宜,各有特色^[20]。殷都区医共体的医保支付制度设置与福建省尤溪县具有较多相似之处,尤溪县按照人口和健康需求测算总额基金,规定结余的基金可直接纳入总医院的医务性收入,并持续完善住院费用的按病种付费,实际费用超过定额部分由机构自行承担,结余部分作为机构的医务性收入。总额预付和住院按病种付费在尤溪县同样发挥了较为明显的医疗费用控制和诊疗规范的作用,有调查发现 2011—2017 年尤溪县县域医疗费用增长率整体呈现降低趋势,且 2017 年住院患者人均医药费用实现负增长^[21]。浙江省安吉县较晚开展人头总额预付,按照“超支自负、结余奖励”“按月拨付、年终决算”原则,开展总额预付的

当年安吉县职工基本医疗保险基金赤字显著减少,并在次年基本持平^[22]。殷都区医共体开展的人头总额预付和 DRG 付费协同政策与全国成效较好的紧密型医共体相比具有较多共性,综合来说,总额预付对于整合县域医疗资源和医疗控费具有不容小觑的作用,并且合理的结余留用机制是政策设计的关键之一。值得一提的是,殷都区医共体关注到结余在县域内医疗机构间的归属,设计了双重的结余政策,值得更多医共体关注。

3.2 对紧密型医共体建设和医保支付方式改革的建议

3.2.1 完善激励相容的复合医保支付方式。研究发现,人头总额预付与 DRG 付费改革能够在紧密型医共体内部发挥合力,推动紧密型医共体整合与激励机制的完善,促使医疗机构和医务人员主动控制医疗成本,自发创新医疗方法,控制医疗费用的持续不合理增长。复合医保支付方式发挥作用的重点在于人头费用的计算、基金的打包分配、结余留用的合理分配、超支的合理分担。首先,基于医共体覆盖区域人口数量、人口年龄结构、人群健康需求以及医共体绩效考核情况,综合绩效考核分数情况与未来发展需要,健全总额费用的动态调整机制,定期更新确定合理的人头费用。其次,协调医共体“结余留用”和 DRG 付费“结余共享”原则,不同层次、不同机构行为产生的结余归属到对应机构。最后,医保基金结余的使用方面,或可基于各医共体的人事薪酬等制度,将其中合理比例的基金纳入持续性发展基金,用于人员培训、绩效奖励等,提高人员工作积极性和工作热情。

3.2.2 提高县域医共体信息化水平。信息化技术建设能够促使医共体成员单位高效协作,为医共体建设和医保支付方式改革“锦上添花”。搭建医共体内统一的智能信息平台系统,由县域龙头医院牵头搭建,融合数据,实现县、乡、村三级信息互联互通^[23],县域内患者就医记录、转诊信息、签约家庭医生等信息均上传平台,方便各级医务人员了解患者就医全流程信息,便利上下转诊交接,实现患者全周期的健康管理,推动疾病治疗的端口前移,加强疾病预防。智能系统还可用于对医疗行为的智能审核、监测,将疾病编码、病案首页信息等纳入检测范围,监控预警医生不合理行为,进行事中控制和事后追责。加强县域内各部门之间的联合工作,确保各权责部门之间信息的互联互通,提高工作效率,规避信息不对称造成的违规行为。

3.2.3 提升基层医疗卫生机构医疗服务能力。我国分级诊疗制度在多地实践效果欠佳的重要原因在于基层医疗卫生机构卫生技术人员全科服务能力未取得患者信任^[24],因此提高家庭医生诊断和治疗能力是满足居民高质量医疗服务需求的关键。一是要加强家庭医生人才队伍建设,落实县级医院专家下基层和家庭医生进修学

习的人才交流机制;二是合理提升家庭医生薪酬待遇并拓宽职业发展路径,增强家庭医生职业对于优秀医学人才的吸引力;三是增加基层医疗卫生投入,为基层医疗卫生机构购置切实需要的医疗器械,满足患者常规检查项目的需要^[25],提升患者对基层医疗卫生机构的信任度,将更多常见病患者留在基层。

4 本研究的优势与局限性

既往研究较少探讨紧密型医共体内人头总额预付和 DRG 付费的并存机制与协同机制。本研究主题框架分析法,通过对殷都区医共体的关键知情人访谈,结合整体性治理理论,归纳构建了殷都区医共体人头总额预付与 DRG 付费的机制框架,探讨了人头总额预付与 DRG 付费的协同构建过程,论证了在紧密型医共体内二者能够协同发挥作用,实现“1+1>2”的作用。质性研究的方法能够将复杂交织的变量关系清晰描述,能够更好地展现出一种现象的逻辑。不可否认的是研究结果具有一定的主观性,且各地基层医共体差异较大,社会经济环境较为不同,本研究具有探索性,需要后续更多案例的分析去归纳出更有普适性的结果。另外,未来也需要通过量化研究,探索一种共识的、客观的、具有普适性的模型结果,去分析紧密型医共体人头总额预付与 DRG 付费的客观模型。

作者贡献:张梓洵负责论文具体内容的构思和撰写;尹刚负责文章的整体构思、访谈资料的收集与整理、文章修订;边颖参与部分内容补充;陶红兵负责文章的质量控制和修订完善,对文章整体负责。

本文无利益冲突。

张梓洵  <https://orcid.org/0009-0001-3263-8629>

边颖  <https://orcid.org/0009-0004-1728-5134>

参考文献

- [1] 崔兆涵,王虎峰.整体性治理视角下紧密型医共体的构建逻辑与实施路径[J].中国卫生政策研究,2021,14(2):1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2021.02.001.
- [2] 国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知[EB/OL].(2021-11-28)[2024-07-09].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2021-11/28/content_5653858.htm.
- [3] 国家卫生健康委关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见[EB/OL].(2023-12-29)[2024-07-09].https://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/202312/content_6923447.htm.
- [4] 胡晓梅,黄薇,陈迎春,等.按人头总额预付下医共体内医务人员纵向协作研究[J].中国医院,2022,26(6):6-9. DOI: 10.19660/j.issn.1671-0592.2022.6.02.
- [5] 韩优莉.医保支付方式由后付制向预付制改革对供方医疗服务行为影响的机制和发展路径[J].中国卫生政策研究,2021,14(3):21-27. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2021.03.004.
- [6] 王文婷,陈任,马颖,等.分级医疗背景下的安徽县域医疗服

- 务共同体实施路径[J]. 中国卫生资源, 2016, 19(6): 470-474. DOI: 10.13688/j.cnki.chr.2016.16253.
- [7] KAN K, LI S F, TSAI W D. The impact of global budgeting on treatment intensity and outcomes [J]. *Int J Health Care Finance Econ*, 2014, 14(4): 311-337. DOI: 10.1007/s10754-014-9150-0.
- [8] 龚光雯, 唐昌敏, 郭丹丹, 等. 县域医共体总额预付激励效应的影响因素研究: 基于24个案例的清晰集定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(7): 10-15. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2023.07.002.
- [9] ROSS K M, GILCHRIST E C, MELEK S P, et al. Cost savings associated with an alternative payment model for integrating behavioral health in primary care [J]. *Transl Behav Med*, 2019, 9(2): 274-281. DOI: 10.1093/tbm/iby054.
- [10] 胡佳, 朱晓丽, 郑英, 等. 福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 25-31. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.004.
- [11] 温立新. C-DRG 收付费制度在中医院的应用与建议[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 56-59.
- [12] DEJONCKHEERE M, VAUGHN L M. 基层保健研究中的半结构化访谈: 关系与严谨的平衡[J]. 赵新月, 译. 中国全科医学, 2019, 22(23): 2786-2792. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.398.
- [13] 汪涛, 陈静, 胡代玉, 等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(2): 86-88. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2006.02.019.
- [14] 汪涛, 陈静, 胡代玉, 等. 运用主题框架法进行定性资料分析[J]. 中国卫生资源, 2006, 9(2): 86-88. DOI: 10.3969/j.issn.1007-953X.2006.02.019.
- [15] 魏来. 整体性治理视角下区域医疗机构纵向协作优化研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(6): 1-8. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2019.06.001.
- [16] 曾凡军. 论整体性治理的深层内核与碎片化问题的解决之道[J]. 学术论坛, 2010, 33(10): 32-36, 56. DOI: 10.16524/j.45-1002.2010.10.016.
- [17] 王震. 集采药品结余留用的政策逻辑[J]. 中国卫生, 2020(9): 92-93.
- [18] 刘杨, 王凯, 肖革新, 等. “全科医学+”紧密型医共体下慢性病管理模式构建研究: 基于国际慢性病管理模式和经验[J]. 中国全科医学, 2022, 25(16): 1923-1928. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0061.
- [19] 王红波, 张开然, 龚曦. 县域医共体与医保的协同发展: 理论缘由、实践困境与优化策略[J]. 中国卫生政策研究, 2023, 16(9): 1-7. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2023.09.001.
- [20] 张振, 李祥飞, 龚超. 我国部分地区紧密型县域医共体内医保支付方式改革效果研究[J]. 卫生软科学, 2022, 36(6): 74-80. DOI: 10.3969/j.issn.1003-2800.2022.06.015.
- [21] 胡佳, 朱晓丽, 郑英, 等. 福建省尤溪县医保支付方式改革及效果研究[J]. 中国卫生政策研究, 2019, 12(5): 25-31. DOI: 10.3969/j.issn.1674-2982.2019.05.004.
- [22] 任贵明, 戴先才, 朱晖, 等. 安吉县“按人头包干”医保支付方式改革的实践探索与思考[J]. 中国医疗保险, 2021(7): 65-68. DOI: 10.19546/j.issn.1674-3830.2021.7.007.
- [23] 杨孝灯, 黄晨晶. 紧密型县域医共体薪酬制度改革与绩效考评实践[J]. 中国卫生经济, 2022, 41(1): 53-55.
- [24] 肖伟, 支哲明, 石飞飞. 县域医共体下家庭医生服务模式探讨[J]. 中国农村卫生事业管理, 2020, 40(3): 221-223. DOI: 10.3969/j.issn.1005-5916.2020.03.016.
- [25] 祝嫦娥, 周丹丹, 圣孟飞, 等. 南京市居民家庭医生签约服务的满意度与签约现状调查[J]. 医学与社会, 2019, 32(11): 97-101. DOI: 10.13723/j.yxysh.2019.11.024.
- (收稿日期: 2024-11-18; 修回日期: 2025-01-08)
(本文编辑: 王凤微)